

Ms. 25 1 7

Contre le tampon

Statistique de 26 cas de Placenta praevia

Notre confrère le Dr Arnaud (de la Rochette-Savoie) a eu l'occasion à la Société de médecine de l'Isère la relation d'un cas de placenta praevia terminé heureusement pour la mère et l'enfant qui nous a paru devoir susciter quelques réflexions.

Elles ne porteront que sur l'usage qui fut fait dans ce cas du tamponnement vaginal pour lutter contre l'hémorrhagie et de son emploi exclusif. Disons donc de suite que nous sommes ennemi résolu de cette méthode et hâtons nous d'ajouter que nous ne nous n'avons pas la prétention de vouloir ici démontrer ses défauts. - C'est chose faite depuis longtemps et exposée tout au long dans les ouvrages classiques de ces 10 dernières années. On peut dire que la question a été ^{définitivement} mise au point par Tarnier dans ses leçons de 1894 et que dès ^{à cette date} ce moment (avant) peut finir le règne du tampon volumineux comme le contenu d'un haut de forme qui avait imposé à l'esprit de plusieurs générations l'autorité et la vérité de Pajot. - Le procès du tampon dans les cas de placenta praevia a été jugé et ^{à coup sûr} irrévocablement perdu. Tarnier en fut en France le dernier défenseur. Mais essaya de prendre sa défense, mais les arguments développés par Pinard avaient serré la question de trop près pour laisser le moindre doute dans les esprits et les chiffres, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, ~~et~~ ^{qui} lui étaient ^{restés} favorables.

Bourrer de tampons la cavité à parois fixes fixes et ~~saignantes~~, les tasser sur la lumière des vaisseaux ouverts pour en obtenir l'obturation.



immédiate, constitue une manœuvre absolument logique, et dont le résultat thérapeutique est assuré. mais vouloir transporter ce raisonnement à la région vaginal utérine et en particulier à l'utérus gravide, lie sans cesse au mouvement des fait des contractions musculaires qui l'anime, ne répond pas à une réalité raisonnablement envisagée — Le tampon, quelque volumineux qu'on l'établisse, ne s'appuie sur rien, sauf cependant sur la périphérie de la cavité vaginale où il n'a rien à faire, sûrement pas sur la surface utérine qui saigne et sa pression essentiellement concentrique par rapport au globe utérin gravidique lui permet tout juste d'être utile, peut-être; dans le court moment de la contraction du muscle utérin.

C'est d'autre part un facteur d'illusion dangereuse, et plus il est volumineux (donc bien fait d'avoir ses partours) plus il est dangereux, car pendant plus longtemps il donnera l'espoir trompeur de l'hémorrhagie arrêtée alors qu'il se gonflera sournoisement de serum sanguin, soustrait à la parturiente d'autant plus de vie qu'il aura mis de temps à suinter au dehors.

Que faudrait-il donc qui fut son contraire, ⁹ quelle force excentrique pourrait remplir l'office indispensable ~~coller~~ et maintenir sur la surface utérine saignante la région placentaire décollée, ou obturer ses vaisseaux saignant comme on le ferait avec la main si la chose était possible ⁹.

Le Professeur Pinard a montré qu'il suffisait de savoir lire et interpréter simplement les actes naturels pour avoir la solution du problème.

Qui dit placenta praevia (expression commode et que nous ma part je conserve) ne veut pas dire cotylédons sur l'orifice interne du col : nous savons ^{que} tout placenta dont le bord est inscrit dans la zone dangereuse du segment inférieur peut à un moment saigner.

et que d'autre part le tiraillement des membranes et en particulier du chorion est la cause de son décollement partiel et suffisant pour l'hémorrhagie mortelle. Pinard nous a montré que très souvent le placenta est ainsi inséré et que l'écoulement de sang n'est pas toujours inévitable, car si les membranes se tendent prêtes à faire glisser le placenta sur la surface où il adhère elles ne sont pas toujours assez fortes pour résister à la pression qui les tend et se rompent. C'est la rupture prématurée spontanée et... providentielle des membranes; l'accouchement s'en suit ^{leur naturellement s'ensuivent} l'œuf s'étant ouvert, et jusqu'à ce travail de Pinard ^{personne} ~~rien n'avait~~ n'avait dit que l'œuf venait de passer à côté de l'hémorrhagie du placenta anormalement inséré et de ses graves conséquences. -

Et bien lorsque c'est le placenta qui a cédé et non les membranes et que cela saigne il faut se hâter de faire ce que la nature n'a pas fait. Il faut rompre les membranes, avec le doigt avec un bout de pince avec n'importe quoi, il faut les rompre à tout prix et largement il faut détruire tout le pole membraneux inférieur de l'œuf - C'est là le 1^{er} acte essentiel du traitement ^{de l'hémorrhagie due au placenta} ~~que~~ ^{manœuvre est parfaite} ~~ci s'arrête~~ 1^o parce que la prœvia; Et celle-ci s'arrête 1^o parce que la surface saignante ne peut plus s'augmenter, les membranes tendues n'étant plus là - 2^o parce que la présentation ~~quelque~~ ^{quelque} elle soit, l'œuf s'étant vidé de son eau, vient sous l'influence de la ~~press~~ tonicité du muscle utérin, même en dehors du moment des contractions, remplir l'office ^{du} ~~que~~ vrai et utile tampon excentrique que nous cherchons plus haut dans nos précédentes.

Est-ce une présentation du sommet à laquelle on ait à faire? c'est là le cas le plus favorable et il se comprend aisément.

Est-on en présence d'une présentation du siège.

il faut tenter d'abaisser un pied le haut de la cuisse et le siège formant l'idéal tampon - au lieu de concentrer - on une présentation de l'épaule, il faut s'ingénier à la transformer en siège par version bi-polaire selon la méthode de Warton Hicks ; c'est toujours du tamponnement que l'on opère mais du vrai celui-là, de dedans en dehors !

Mais il arrive surtout dans les présentations du siège et de l'épaule, fréquentes lorsque le placenta insère bas à gêner l'accommodation fœtale, que l'on puisse craindre de ne pas réussir les manœuvres désirables en opérant à travers un col insuffisamment dilaté, et c'est alors que l'on se trouve bien de l'usage du ballon de Champetier -

Nous n'allons pas décrire cet instrument classique, son volume égal à la tête du fœtus à terme ne devant servir qu'à la dilatation artificielle du col dans l'esprit de son inventeur, mais à l'usage on s'aperçoit qu'il pourrait aussi bien la suppléer en tant que compresseur et son rôle dans la thérapeutique du placenta praevia a peut-être primé celui que lui assignait tout d'abord son auteur : nous voulons établir le point suivant.

Doit-on, avant d'introduire le ballon de Champetier dans l'utérus pour arrêter l'hémorragie du au décollement placentaire avoir préalablement rompu les membranes, ou s'efforcer de les rompre au cours de l'introduction du Ballon ?

C'est là un point sur lequel les auteurs ne semblent pas avoir attiré suffisamment l'attention.

Il peut sembler à première vue illogique après avoir préconisé d'une façon insistante la rupture large des membranes de poser une telle question, mais la pratique nous a donné depuis longtemps des enseignements tels qu'elle n'est pas déplacée ici de l'envisager sous ce jour nouveau.

Si l'on a pas sous la main un ballon de Champetier je répéterai ce que j'ai dit plus haut. Il n'y a qu'une chose à faire - rompre et détruire le pôle inférieur de l'œuf.

Mais si l'on a pris ses dispositions pour placer le ballon il n'en est plus de même.

Le placement du Champetier doit toujours se faire avec douceur. La pince porte-ballon doit glisser d'elle-même entre l'utérus et les membranes, être avalée pour ainsi dire par l'utérus, sa mise en place n'équivaut donc pas forcément à l'ouverture de l'œuf.

Et bien, si l'intégrité de celui-ci a été respectée elle doit l'être encore pendant le gonflement du ballon, elle peut l'être du moins et le but que l'on poursuit c'est à dire la compression des régions saignantes n'est pas moins toujours obtenue même si les membranes sont restées ~~en place~~ ^{intactes}.

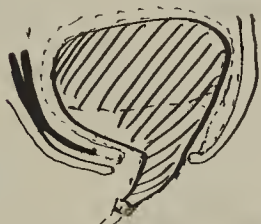
C'est là un fait que la pratique vérifie toujours ^{souvent}.

La portion d'œuf ~~décollé~~ par le ballon se replie devant lui et se rabat sur

la région où elle n'a pu être décollée,

en l'espèce la région placentaire, et la tension intra-ovulaire est augmentée proportionnellement au gonflement du ballon sans qu'il y ait lieu de s'en préoccuper.

Il n'y a donc pas lieu de rompre les membranes ^{souvent} avant l'introduction du Ballon de Champetier. ~~dans le~~ Je pense même qu'il est préférable de les conserver intactes : en effet la vitalité fœtale est bien mieux préservée pendant tout le temps que dure le travail et d'autre part on bénéficiera de la présence du liquide si au dernier moment on veut avoir recours à la version podalique par exemple pour terminer l'accouchement ou bien si l'on se trouve à la fin du travail en



DR
SANTÉ
PARIS

présence d'une présentation du siège : car le ballon est souvent la cause d'une variation de présentation.

Au moment où le ballon sera retiré il faudra se hâter de rompre les membranes, c'est aussi l'instance rapide d'une intervention terminale et nous n'avons jamais eu à ce moment à regretter une perte de sang inquiétante : souvent la présentation surant le ballon à mesure que la dilatation du col s'accomplit, a joué normalement à son tour le rôle de tampon.

est-il des
Enfin quelles sont les indications particulières à l'emploi du ballon de Champetier, doit-on toujours le placer ? Je pense que d'une façon générale en présence d'hémorragies du au décollement du placenta anormalement inséré il faut toujours penser à l'employer, mais que la rupture large des membranes suffit lorsque ^{celles-ci sont bien déchirées} le ~~bord~~ ^{placenta} affleure à peine le bord de l'orifice interne du col, et qu'au contraire le ballon doit être placé dès l'abord lorsque celui-ci est entièrement recouvert par les cotylédons et que les membranes sont difficilement accessibles : ^{à attendre}

C'est en mettant en pratique ces principes que nous avons traité jusqu'à ce jour 26 cas de placenta praevia saignants.

Dans la statistique qui va suivre nous ne donnerons que des pourcentages ~~glob~~ totaux.

Pour ce qui est de la survie infantile nous considérerons comme vivants tous les enfants qui respiraient à leur naissance, même s'il n'ont vécu que quelques heures et cela nous paraît logique car on mettrait les prématurés décédés au bout de 24 heures par exemple faute de la capacité de vivre à la charge d'aucune méthode ^{ne peut être} ~~assurément~~ ^{mis} à la

Statistique personnelle de 26 cas de pl. praevia.

Parité	age de la grossesse	Intervention	Mère Décédée	Vivante	Enf. Décédée - vivante
A. IV	8 mois 1/4	acc. provoqué Ballon Version - Épaule.			mort-né
D. IX	8 mois.	Ballon - placenta central pour centre perforé. Forcés.			mort-né
P. IX	7 mois.	rupture artif. des membranes Version - acc. accéléré.			4870 D. a 48 h
C. V	6 mois 1/4.				mort-né
D. IX	8 mois 1/4	<u>Empoisonnement vaginal</u> ruptures membranes - siège - abaissement préc.	<u>Décédée</u>		mort-né macéré.
T. II	6 mois.	Ballon de Champetier.			2470 D. à 48 h
G. VII	5 mois.	Ballon de Champetier. rupture des membr.			600 gr à 10 h
G. IV	9 mois.	rupt. art. des membr. Ballon de Champetier.			Véc
C. IV	6 mois.	Version rupt. art. des membranes - siège			a vécu 24 heures
J. II	8 mois 1/4.	rupture spontanée des membranes -			a vécu 17 heures
G. XIV	8 mois 1/4.	Dechurure ^{artif.} des membranes. Dilat. manuel. - Version podalique.			a vécu
M. I	9 mois.	Rupt. artif. des membr. acc. accéléré - Version podalique.			mort-né macéré
S. II	8 mois	rupture spontanée ^{et prématurée} des membranes. Ballon de Champetier.			mort-né macéré
L. I	6 mois 1/4.	rupture artif. des membranes.			4800 a vécu 995 minutes
R. III	8 mois.	acc. provoqué - Ballon de Champetier - Siège.			a vécu 24 heures
C. I	7 mois 1/4	acc. provoqué - Ballon de Champetier - Siège.			a vécu 3 1/4
P. VII	9 mois	<u>Empoisonnement vaginal</u> Version podalique.	<u>Décédée</u> d'infarctus 10700		mort-né
B. II	8 mois 1/4	rupture art. des membr.			a vécu 10 h

Parité	age gross.	Intervention	mère D. S.	Enfant D. S.
L. III	9 mois	Rupt. art. membranes Siège.		mort-ne
G. VII	9 mois	Rupt. artif. des membr. forceps (sommet. -		a vécu 4 heures.
P. VI	7 mois	<u>Lamponn. vaginal.</u> Rupt. art. membranes acc. accéléré - Siège.	<u>Décédée</u>	<u>Vécu.</u>
C. VIII	9 mois	Rupt. artif. membr. Epaule - Versoir podalique.		mort-ne
J. IV	9 mois	Rupture spontanée des membranes.		vivant.
J. IV	9 mois	Rupture spontanée prématurée des membr.		vivant.
J. V	9 mois	Rupt. artif. des membres - puits ballon de champagne - Forceps		vivant
C. I	9 mois	Rupture spont. des membres. - siège de complète mode des fesses		vivant.
26			3	9

Recapitulation : 26 Femmes : 3 mortes = 11,5 % de décès
 26 enfants : 9 morts-ne = 34,61 % de décès

Seules
 Les 3 femmes mortes avaient été tamponnées. ~~toutes trois~~
 voici leurs observations resumées.

F^o M^{me} D. IX par. - habitant une localité voisine de Grenoble, est
 envoyée à la maternité de l'hôpital par un de nos confrères qui
 en présence d'une abondante hémorrhagie au 8^e mois 1/2 de la grossesse
 l'a soigneusement tamponnée 18 heures avant son arrivée dans notre

Leivrie. Je la detourne aussitôt et trouve au
niveau du col dilatable (grande multipara) mais non encore
complètement effacé les membranes intactes : je les romps
saisit et abaisse en pied qui est maintenant très grand un
poids glissant sur une poulie fixée au pied du lit. -
La femme est ensanguinée (serum artificiel sous la peau -
ether et caféine en inj. hypodermique, respiration artificielle. -
Le col s'étant un peu dilaté - je pratique l'acc. forcée avec dilat.
manuelle du col péniblement - essai infructueux de basiotripsie
puis de céphalotripsie tête dernière - qqs incisions du col
permettent enfin la sortie de la tête. -
Delivrance artificielle - aucune hémorrhagie. -
La femme meurt 1/2 heure après l'acc. d'anémie aigue.
Pas d'anesthésie pendant toutes ces manœuvres.

II. ~~Je suis~~ Je suis appelé par deux de nos confrères assez loin de
Grenoble auprès de M^{me} F. VII pare, me priant d'apporter le
Ballon de Champetier - hémorrhagie de placenta praevia. -
Début du ^{spontané} travail il y a 48 heures environ - rupture spontanée des
membranes il y aurait 16 heures. - la malade perdait depuis ce
moment la et été tamponnée vers 4 heures de l'après-midi - je
la vois à 7 heures du soir : on m'annonce à mon arrivée
qu'il n'y a plus rien à faire qu'elle est en train de mourir.
Cependant sous l'influence d'une inj. sous cutanée de 250 gr
de serum artificiel le pouls réapparaît, et le tamponnement
une fois en place ^{il comprime la tumeur au-dessus} trouvant le col dilaté comme la paume de la
main après un essai infructueux d'engagement au forceps, de
pratique la version et amène facilement un enf. mort. né.
Delivrance par expression - c'était un cotylédon adhérent qui était
praevia et a causé l'hémorrhagie. - Perte de sang insignifiante
pendant les manœuvres qui ont été pratiquées sous
anesthésie.
M^{me} F. est décédée d'infection 10 jours après.



III. Appelé par un de nos confrères auprès de M^{me} P. VI pare.
Je trouve une femme grosse de 7 mois 1/2 environ, pendant beaucoup de jours
48 heures. et actuellement tamponnée - très faible. Passés ^{tous} ~~derniers~~
préparatifs pour être prêt à toute intervention - le Ballon de Champetier
est préparé. Anesthésie au chloroforme. - J'enlève le tampon en

Chapelet classique gorgé de sang. - -

Col dilaté comme si moi que l'on sent oristable.
Introduction de 4 puis de 3 doigts - enfir de la main qui
glisse vers la gauche reclinant le placenta dont les cotylédons
recouvrent l'ore du col. - les membranes intactes sont
effondrées rapidement, saisie d'un pied - abaissement et
extraction rapide et facile d'un enfant tout menu (fille).
Toutes les phases de l'intervention n'ont pas duré
trois minutes - et avaient commencé 3 minutes seulement
après le début de l'intervention.

Délivrance par expression pure obtenue 3 minutes environ
par l'extraction fœtale. (point d'hémorragie depuis la rupt. de
membrane).

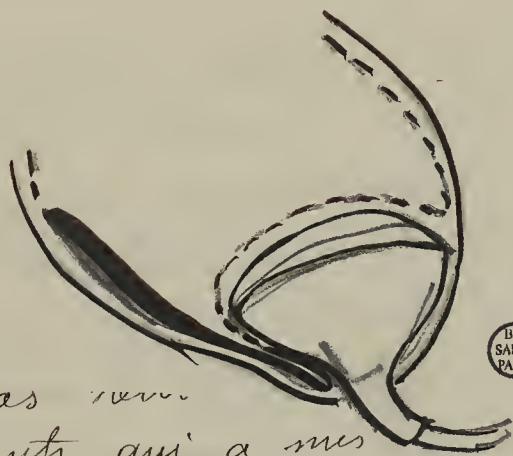
Il semblait que tout se fut passé dans des conditions
favorables pour l'accouchée, mais la perte sanguine subie
avait été trop forte et malgré un ing. sous cutané d'un
litre de serum artificiel elle mourait 3 heures après
l'accouchement.

Malgré heureusement, on le voit, que notre confrère
le docteur Arnand, nous n'avons ^{jamais} eu qui a déploré
l'usage du tamponnement vaginal dans les cas de
placenta prævia et nous sommes toujours
applaudi de ne l'avoir jamais employé nous-même.
Un ^{seul} cas heureux, après des péripéties et une suite
d'incidents qui a mis à maintes reprises la vie de la
patiente en danger, n'est pas fait pour nous modifier
sur ce point notre manière de voir.

Aussi devons nous à nouveau : en présence
d'une hémorragie due à l'insertion vicieuse du placenta
et nécessitant l'interruption impériale de la grossesse.
rompre les membranes et ~~détruire~~ ^{ouvrir} largement le
pôle inférieur de l'œuf. - Quant au ballon de Champetier
c'est un instrument indispensable au médecin qui
est appelé à pratiquer des accouchements - nous n'avons
eu quant à nous qu'à nous louer de son usage ^{tout}
les fois qu'il en fut besoin ^{et tout particulièrement}
dans le traitement des accidents ^{qui nous occupent ici} ~~hémorragiques~~ ^{employés}

~~Da placenta praevia~~ .





DR
SANTÉ
PARIS

Un cas venu
d'incidents qui a mis
patient en danger, n'est pas pour nous
sur ce point notre manière de voir.

Aussi, devons nous à nouveau : en press
d'une hémorrhagie due à l'insertion vicieuse de
et nécessitant l'interruption impériale de la g
romper les membranes et ~~détacher~~ ^{couper} les largemen
pôle inférieur de l'œuf. — Quant au ballon de
c'est un instrument indispensable au médecin
est appelé à pratiquer des accouchements - nous
en quant à nous qui nous louer de son usage
les fois qu'il en fut besoin ^{et nous sauons son usage} et tout particulier
dans le traitement des accidents ^{qui nous occupent ici} hémorrhag

Contre le tamponnement vaginal. - Statistique
de 26 cas de placenta prævia.

Par le Dr Flandrin, Médecin-accoucheur
de l'Hôpital de Grenoble

Notre Confrère le Dr Arnaud (de la Rochette - Savoie) a
envoyé à la Société de médecine de l'Isère la relation d'un
cas de placenta prævia heureusement terminé pour la mère et
l'enfant, qui nous a paru devoir susciter quelques réflexions.

Celles-ci ne porteront que sur l'usage exclusif qui fut
fait dans ce cas du tamponnement vaginal pour lutter contre
l'hémorrhagie et activer le travail.

Disons donc de suite que nous sommes ennemi résolu de
cette méthode et hâtons nous d'ajouter que nous ne voulons
pas paraître avoir la prétention de vouloir ici découvrir et
démontrer ses défauts.

C'est là, en effet, chose faite depuis longtemps et exposée
tout au long dans les ouvrages classiques de ces dix dernières
années. Varnier dans ses leçons de 1895 mis définitive-
ment la question au point et c'est de cette date que prit
fin dans l'obstétrique française le règne du tampon
volumineux comme le contenu d'un chapeau haut de forme
qui avaient imposé à l'esprit de plusieurs générations l'autorité
et la verve d'un Pajot.

Le procès du tamponnement dans les cas de placenta prævia
a été jugé et sa cause irrémédiablement perdue malgré que
l'ami ait le dernier en France essayé de prendre sa défense;
les arguments développés contre son emploi par Pinard avaient
serre la question de trop près pour laisser le moindre doute
dans les esprits et nous verrons toute à l'heure que les
chiffres continuent à leur demeurer favorables.

Boucher de tampons une cavité à parois fixes, les passer
sur la lèvre des vaisseaux ouverts pour en obtenir
l'obliteration immédiate, constitue une manœuvre absolument
logique et dont le résultat thérapeutique est assuré. Mais
vouloir transporter cette pratique à la région vagino-utérine
(l'utérus étant gravide), ne répond pas à une réalité.

raisonnablement envisagé.

de tampon, quelque volumineux qu'on l'imagine, ne s'appuie sur rien, si ce n'est cependant sur la périphérie de la cavité vaginale où il n'a rien à faire (sûrement pas sur la surface utérine qui saigne), la pression essentiellement concentrique par rapport au globe utérin lui permettant tout juste d'être utile - peut-être ? - dans le court moment de la contraction du muscle utérin.

C'est d'autre part un fauteur d'illusion dangereuse, et plus il est volumineux, (donc bien fait diront ses partisans) plus il est dangereuse, car pendant plus longtemps il donnera l'espoir trompeur de l'hémorrhagie arrêtée, alors qu'il se gonflera sournoisement de serum sanguin, soustrayant à la parturiente d'autant plus de vie qu'il aura mis davantage de temps à suinter au dehors.

Que faudrait-il donc qui fut son contraire ? quelle force excentrique pourrait remplir l'office indispensable, maintenant sur la surface utérine saignante la région placentaire décollée, ou absterger ses vaisseaux saignants comme on voudrait le faire avec la main si la chose était possible ?

Le Professeur Pincard a montré qu'il suffisait de savoir lire et interpréter simplement les actes naturels pour avoir la solution du problème.

Qui dit *placenta praevia* (expression commode et que pour ma part je conserve) ne veut pas dire cotylédons sur l'orifice interne du col ; nous savons que tout placenta dont le bord est inscrit dans la zone dangereuse du segment inférieur peut à un moment donné saigner et que d'autre part le tiraillement des membranes et en particulier du chorion est la cause de son décollement partiel et suffisant pour l'hémorrhagie mortelle.

Pincard nous a montré que très-souvent le placenta est ainsi inséré et que l'éclatement du sang n'est cependant pas toujours inévitable ; en effet si les membranes sont prêtes à faire glisser le placenta sur la surface où il adhère, elle ne sont pas dans tous les cas assez résistantes pour contrebalancer la pression intérieure qui les tend, et se rompent.

C'est la rupture prématurée spontanée et... providentielle des membranes. L'œuf s'étant ouvert le travail commence tout naturellement, l'accouchement s'en suit sans incident, et jusqu'aux travaux de Pincard personne

2

n'avait dû que l'on venait de passer à côté de l'hémorrhagie du placenta anormalement inséré et de ses graves conséquences.

Et bien, lorsque c'est le placenta qui se cède et que cela saigne, il faut se hâter de réparer ce que la nature a mal fait : il faut rompre les membranes avec le doigt, avec un bout de pince, avec n'importe quoi, il faut les rompre à tout prix et largement et détruire tout le pôle membraneux inférieur de l'œuf.

C'est là le premier acte essentiel du traitement de l'hémorrhagie du placenta prævia et cette manœuvre est parfaite :

1^o parce que la surface saignante ne peut plus s'augmenter, les membranes tendues n'étant plus là.

2^o parce que la présentation « quelle qu'elle soit, l'œuf s'étant vidé de son eau, vient sous l'influence de la tonicité du muscle utérin, (même au dehors du moment des contractions), remplir l'office du vrai et utile tampon concentrique que nous réclamions précédemment.

Est-ce une présentation du sommet à laquelle on ait à faire ? c'est là le cas le plus favorable et il se comprend aisément, la tête venant s'appliquer exactement dans le segment inférieur qu'elle remplit.

Le trouve-t-on en présence d'une présentation du siège ? il faut tenter d'abaisser un pied, le haut de la cuisse et le siège formant un tampon idéal.

ou bien rencontre-t-on une épaule ? on doit s'ingénier à la transformer en siège par la version bipolaire décrite par Brasdon-Hicks.

Dans les trois cas c'est toujours du tamponnement que l'on opère, mais du vrai celui-là, de dehors en dehors !

Cependant dans les présentations du siège et de l'épaule, si fréquentes lorsque le placenta inséré bas a gêné l'accommodation, on est en droit de craindre de ne pas réussir aisément les manœuvres que nous venons d'indiquer, surtout alors qu'on opère à travers un col insuffisamment dilaté, et de perdre une grosse partie du bénéfice de la dilaceration de l'œuf. C'est alors que l'on se trouve bien de l'emploi du ballon de Champetier.

Nous n'avons pas à décrire cet instrument classique. Dans l'esprit de son constructeur, son volume, égal à celui de la tête du fœtus à terme ne devait servir qu'à

la dilatation artificielle du col, mais à l'usage ⁴
 on s'aperçut vite que c'était là un compresseur
 parfait et son rôle dans la thérapeutique du placenta
 praevia a peut-être prîné celui que lui assignait tout
 d'abord son auteur.

Or il est un point sur lequel les auteurs ne semblent
 pas avoir attiré suffisamment l'attention : c'est le
 suivant.

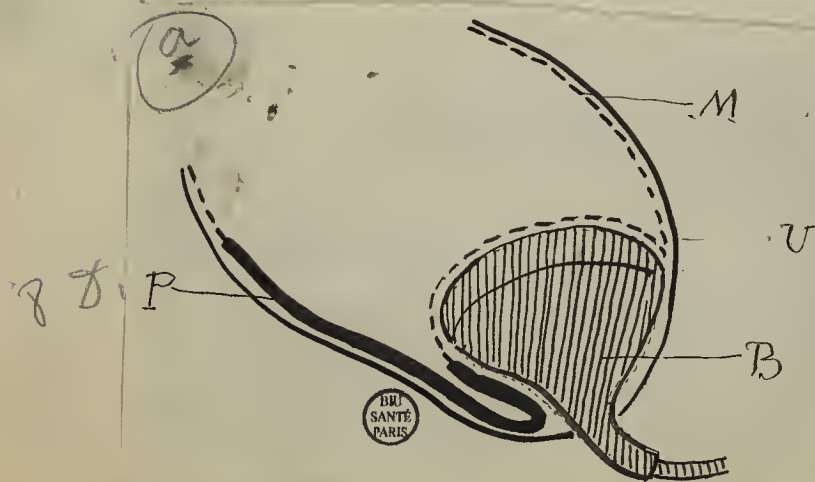
Doit-on, avant d'introduire le ballon de Champetier dans
 l'utérus pour arrêter une hémorrhagie de décollement
 placentaire, avoir préalablement rompu les membranes,
 ou s'efforcer de les rompre au cours de la manœuvre ?

Il peut sembler illogique à première vue, après avoir
 préconisé d'une façon instantanée la destruction large des
 membranes, de poser une telle question, mais la pratique
 nous a donné depuis longtemps à cet égard des enseigne-
 ments tels qu'il n'est pas déplacé de l'envisager sous
 ce jour nouveau.

L'introduction du ballon de Champetier est une manœuvre
 de douceur ; la pince porte-ballon doit glisser elle-même
 entre l'utérus et les membranes, être avalée pour ainsi dire
 par l'utérus, sa mise en place n'équivaut donc pas
 forcément à l'ouverture de l'œuf.

Et bien si l'intégrité de celui-ci a été respectée, et
 qu'elle le soit encore pendant le gonflement du ballon,
 le but que l'on poursuit, c'est-à-dire la compression des
 régions saignantes n'en est pas moins toujours obtenue.
 C'est là un fait que la pratique vérifie toujours.

La portion d'œuf (membranes et languette placentaire
 praevia) soulevée par le ballon se replie devant lui (fig I)



de la mise en
 l'intégrité de l'œuf.
 — B : ballon de Champetier,
 montée proportionnelle
 es qu'il y ait lieu de

la dilatation artificielle du col, mais à l'usage ⁴
 on s'aperçut vite que c'était là un compresseur
 parfait et son rôle dans la thérapeutique du placenta
 praevia a peut-être pris celui que lui assignait tout
 d'abord son auteur.

Or il est un point sur lequel les auteurs ne semblent
 pas avoir attiré suffisamment l'attention : c'est le
 suivant.

Doit-on, avant d'introduire le ballon de Champetier dans
 l'utérus pour arrêter une hémorrhagie de décollement
 placentaire, avoir préalablement rompu les membranes,
 ou s'efforcer de les rompre au cours de la manœuvre ?

Il peut sembler illogique à première vue, après avoir
 préconisé d'une façon instantanée la destruction large des
 membranes, de poser une telle question, mais la pratique
 nous a donné depuis longtemps à cet égard des enseigne-
 ments tels qu'il n'est pas déplacé de l'envisager sous
 ce jour nouveau.

L'introduction du ballon de Champetier est une manœuvre
 de douceur ; la pince porte-ballon doit glisser d'elle-même
 entre l'utérus et les membranes, être avalée pour ainsi dire
 par l'utérus, sa mise en place n'équivaut donc pas
 forcément à l'ouverture de l'œuf.

Et bien si l'intégrité de celui-ci a été respectée, et
 qu'elle le soit encore pendant le gonflement du ballon,
 le but qu'on se propose est obtenu, c'est-à-dire la compression des
 régions saignantes.

C'est la
 la porte
 praevia)

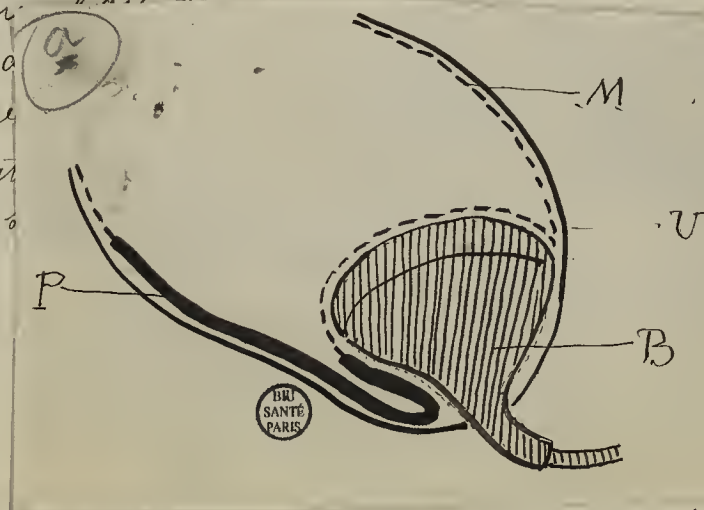


Fig. I : Schéma de la mise en
 place du ballon de Champetier avec intégrité de l'œuf.

U : utérus. - P : placenta. - M : membranes. - B : ballon de Champetier.

et la tension intra-utérine est augmentée proportionnelle-
 ment au gonflement du ballon sans qu'il y ait lieu de
 s'en préoccuper.

Statistique personnelle de 26 cas de placenta praevia

6

Parité	Age de la grossesse	Interventions (1)	Mère		Enfant	
			Décédée	Vivante	Décédée	Vivant
A. IV	8 mois 1/2	Accouchement provoqué - Ballon Epaule - Version.			mort-né	
D. IX	8 mois.	Placenta, centre pour centre, perforé - Ballon Forceps			mort-né	
P. IX	7 mois.	Rupture artificielle des membranes. Accouchement accéléré - Version.				a vécu 44 heures.
C. V	6 mois 1/2				mort-né	
D. IX	8 mois 1/2	Lamponnement vaginal. Ruptures membranes - Siège.	Décédée.		mort-né, macéré.	
T. II	8 mois.	Ballon de Champetier				a vécu 44 heures.
G. VII	5 mois.	Ballon de Champetier - Rupture des membranes.				a vécu 30 minutes.
G. IV	9 mois.	Rupture artificielle des membranes - Ballon de Champetier - Version.				Vivant.
C. IV	6 mois.	Rupture artificielle des membranes - Siège.				a vécu 28 heures.
J. II	9 mois 1/2	Rupture spontanée des membranes.				a vécu 12 heures.
G. XIV	8 mois 1/2	Rupture artificielle des membranes - Dilatation manuelle - Version				Vivant.
M. I	9 mois.	Rupture artificielle des membranes - accouchement accéléré - Version.			mort-né, macéré.	
S. II	8 mois.	Rupture prématurée spontanée des membranes - Ballon de Champetier.			mort-né, macéré.	
L. I	6 mois 1/2	Rupture artificielle des membranes.				a vécu 5 minutes.
R. III	8 mois	Accouchement provoqué - Ballon de Champetier - Siège.				a vécu 24 heures.
C. I	7 mois 1/2	Accouchement provoqué - Ballon de Champetier - Siège.				a vécu 3 heures 1/4.
F. VII	9 mois	Lamponnement vaginal - Version	Décédée.		mort-né.	
B. II	9 mois 1/4	Rupture artificielle des membranes				a vécu 1 heure.
L. III	9 mois	Rupture artificielle des membranes siège.			mort-né	
G. VII	9 mois	Rupture artificielle des membranes - Forceps.				a vécu 4 heures.
P. VI	7 mois 1/2	Lamponnement vaginal - rupture artificielle des membranes - accouche- ment accéléré - Siège.	Décédée.			Vivant
C. VIII	9 mois	Rupture artificielle des membranes - Epaule - Version.			mort-né	
S. IV	9 mois	Rupture spontanée des membranes				Vivant.
J. IV	9 mois	Rupture prématurée spontanée des membranes.				Vivant
J. V	9 mois	Rupture artificielle des membranes - Ballon de Champetier - Forceps.				Vivant.
C. I	9 mois	Rupture spontanée des membranes Siège décomplet (mords des fesses).				Vivant.

26

3

23

9

17

(1) - L'ordre chronologique a été observé dans l'énumération des interventions successives.



7

Récapitulation et pourcentages :

26 mères : 3 mortes = 11,5 % de décès.

26 enfants : 9 morts-nés = 34,6 % de décès.

Seules, les 3 femmes mortes avaient été tamponnées.
Voici leurs observations résumées :

I^o M^{me} D. IX^e pare, habitant une localité voisine de Grenoble est envoyée à la Maternité de l'Hôpital par un de nos confrères qui, en présence d'une abondante hémorrhagie au 8^{ème} mois 1/2 de la grossesse, l'a soigneusement tamponnée 18 heures avant son arrivée dans notre service. Je l'enlève aussitôt le tampon et trouve au niveau du col dilatable (grande multipare), mais non encore complètement effacé les membranes intactes ; je les romps, saisis et abaisse un pied qui est maintenant tiré par un poids glissant sur une poulie fixée au pied du lit. - La femme est ensanguinée ; sérum artificiel sous la peau, éther et caféine en injections hypodermiques, respiration artificielle.

Le col s'étant un peu dilaté, je pratique l'accouchement forcé, avec dilatation manuelle pénible du col ; essais infructueux de basiotripsie puis de céphalotripsie sur la tête dernière ; quelques incisions du col permettent enfin la sortie de la tête.

Pas d'anesthésie pendant toutes ces manœuvres.

Délivrance artificielle - Pas la moindre hémorrhagie.

La femme meurt 1/2 heure après l'accouchement d'anémie aiguë.

II^o - Je suis appelé assez loin de Grenoble par deux de nos confrères auprès de M^{me} F. VII^e pare.

Début spontané du travail il y a 24 heures environ. - Rupture spontanée des membranes 18 heures(?) avant mon arrivée. - L'accouchement spontané depuis ce moment là a été tamponné vers 7 heures de l'après-midi et je la vois à 7 heures du soir. On m'annonce à mon arrivée qu'il n'y a plus rien à tenter car elle est en train de mourir.

Cependant sous l'influence d'une injection sous-cutanée de 950 gr. de sérum artificiel le pouls réapparaît et le tamponnement une fois enlevé (il commençait à suinter), trouvant le col suffisamment dilaté, après un essai infructueux d'engagement du sommet au forceps, je pratique la version et amène facilement un enfant mort-né. Délivrance par expression ; c'était un cotylédon adhérent qui était placée et avait causé l'hémorrhagie. - Perte de sang insignifiante pendant les manœuvres qui ont été pratiquées sous anesthésie. M^{me} F. est décédée d'infection, 10 jours après son accouchement.

III^o. Appelé par un de nos confrères auprès de
 m^{me} P. VI pare, je trouve une femme grosse de 7 mois 1/2
 environ, perdant beaucoup de sang depuis 24 heures et actuelle-
 ment tamponnée; très faible. - Nous faisons rapidement
 tous préparatifs pour être prêts à une intervention nécessaire;
 le ballon de Champetierⁿ est pas oublié - Anesthésie au chloro-
 forme. - J'enlève le tampon en chapelet classique et gorge
 de sang.

Col dilaté comme 5 francs mais que l'on sent dilatable. - Intro-
 duction de 2 puis de 3 doigts, enfin de la main qui glisse vers
 la gauche réclinant les placenta dont les cotylédons recouvrent
 l'arc du col. - Les membranes intactes sont effondrées ra-
 pidement; saisie d'un pied, abaissement puis extraction
 rapide et facile d'un enfant tout menu (fille), vivant.

Toutes les phases de cette intervention n'ont pas duré trois
 minutes; la durée de l'anesthésie a été en tout de 8 minutes.

Délivrance par expression pure obtenue 3 minutes après
 l'extraction fœtale; pas la moindre hémorrhagie depuis la
 rupture des membranes.

Il semblait que tout se fut passé dans des conditions favo-
 rables pour l'accouchée, mais la perte sanguine subie ^{d'un autre} avait
 été trop forte, et malgré une injection sous-cutanée de
 sérum artificiel, elle mourait 3 heures après l'accouchement.

Malin heureux, on le voit, que notre confrère le
 Dr Arnaud, nous n'avons jamais eu qu'à déplorer l'usage
 du tamponnement vaginal dans les cas de placenta praevia
 et nous sommes toujours applaudis de ne l'avoir jamais
 employé nous-même.

Un seul cas heureux, après des péripéties et une suite
 d'incidents qui a mis à maintes reprises la vie de la patiente
 en danger, n'est pas fait pour modifier, sur ce point, notre
 manière de voir.

Aussi dirons-nous à nouveau: en présence d'une
 hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta et
 nécessitant l'interruption impérieuse de la grossesse, rompez
 les membranes et ouvrez largement le pôle inférieur de
 l'œuf. - Quant au ballon de Champetier, c'est un instru-
 ment indispensable au médecin qui est appelé à pratiquer
 des accouchements, nous n'avons eu qu'à nous louer
 de son usage, toutes les fois qu'il en fut besoin et ne
 saurions trop recommander son emploi.